

# Protocol Palliatieve Zorgplanning Thuis

## Verantwoording

Dit protocol is ontwikkeld door de afdeling Pijn en Palliatieve Geneeskunde van het Radboudumc en het lectoraat Eerstelijnszorg van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), in samenwerking met de volgende partners:

- ZZG Zorggroep
- Zorgbelang Gelderland
- Nijmegen op een lijn (NOEL)
- Huisartsenkring Nijmegen e.o.
- IKNL
- Consortium PalZO
- Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe

Versie 2, 2021  
ZonMw projectnummer 844001509  
Een continuüm van vertrouwen en deskundigheid  
Voor Projectinformatie: jeroen.hasselaar@radboudumc.nl

# Inleiding

## Aanleiding

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voert sinds 2016 het beleid om zorg dichterbij huis te bieden. Dit heeft geresulteerd in aanpassingen in de organisatie van de thuiszorg. Om palliatieve zorg\* in de thuissituatie te faciliteren hebben wijkverpleegkundigen binnen de zorgverzekeringswet een meer eigenstandige rol gekregen, zowel in het indiceren als in het uitvoeren van deze zorg.

Daarnaast promoot het VWS een meer persoonsgerichte zorg. In geval van een levensbedreigende ziekte bijvoorbeeld geeft ongeveer twee op de drie Nederlanders aan thuis te willen sterven. Desondanks sterft toch uiteindelijk een derde hiervan elders, vaak in het ziekenhuis (Koekoek, 2014). Een ziekenhuisopname van patiënten in de palliatieve fase is achteraf gezien vaak onwenselijk maar is soms onvermijdelijk bij problemen waarvoor thuis onvoldoende zorg geboden kan worden. Dikwijls is niet de benodigde gespecialiseerde palliatieve zorg beschikbaar in de thuissituatie.

## Doelstelling

Volgens huisartsen, verpleegkundigen en nabestaanden zijn de belangrijkste opgaven in de palliatieve zorg thuis: het markeren van het naderend sterven, het leveren van voldoende zorg thuis, anticiperende communicatie en discussie, het monitoren van de patiënt en familie in de laatste fase van de ziekte, en continuïteit van zorg in de thuissituatie (De Korte-Verhoef et al, 2014; Gott et al. 2013). Idealiter zou deze zorg zo moeten worden ingericht dat deze vijf opgaven adequaat geadresseerd worden.

\* Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard (WHO 2002).

## **Resultaat**

Om meer gespecialiseerde palliatieve zorg in de thuissituatie beschikbaar te hebben, heeft de ZZG zorggroep 12 expert verpleegkundigen palliatieve zorg opgeleid. Deze expert verpleegkundigen worden begeleid door de verpleegkundig specialist van de ZZG zorggroep, die bij complexe situaties advies krijgt van de verpleegkundig specialisten palliatieve zorg van het Radboudumc en het CWZ. Hierdoor is back up gegarandeerd van het Consultatieteam Palliatieve Zorg van het Radboudumc, CWZ en IKNL.

Doel van

## **Uitgangspunten**

Het protocol sluit aan bij bestaande goede praktijken zoals:

Nijmegen Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Gelderland (NPZZG, 2014)

Palliatieve Thuiszorg groep (PaTz groep, 2018)

Regio Nijmegen op één lijn (NOEL)

Het protocol is in overeenstemming met handreikingen en richtlijnen zoals:

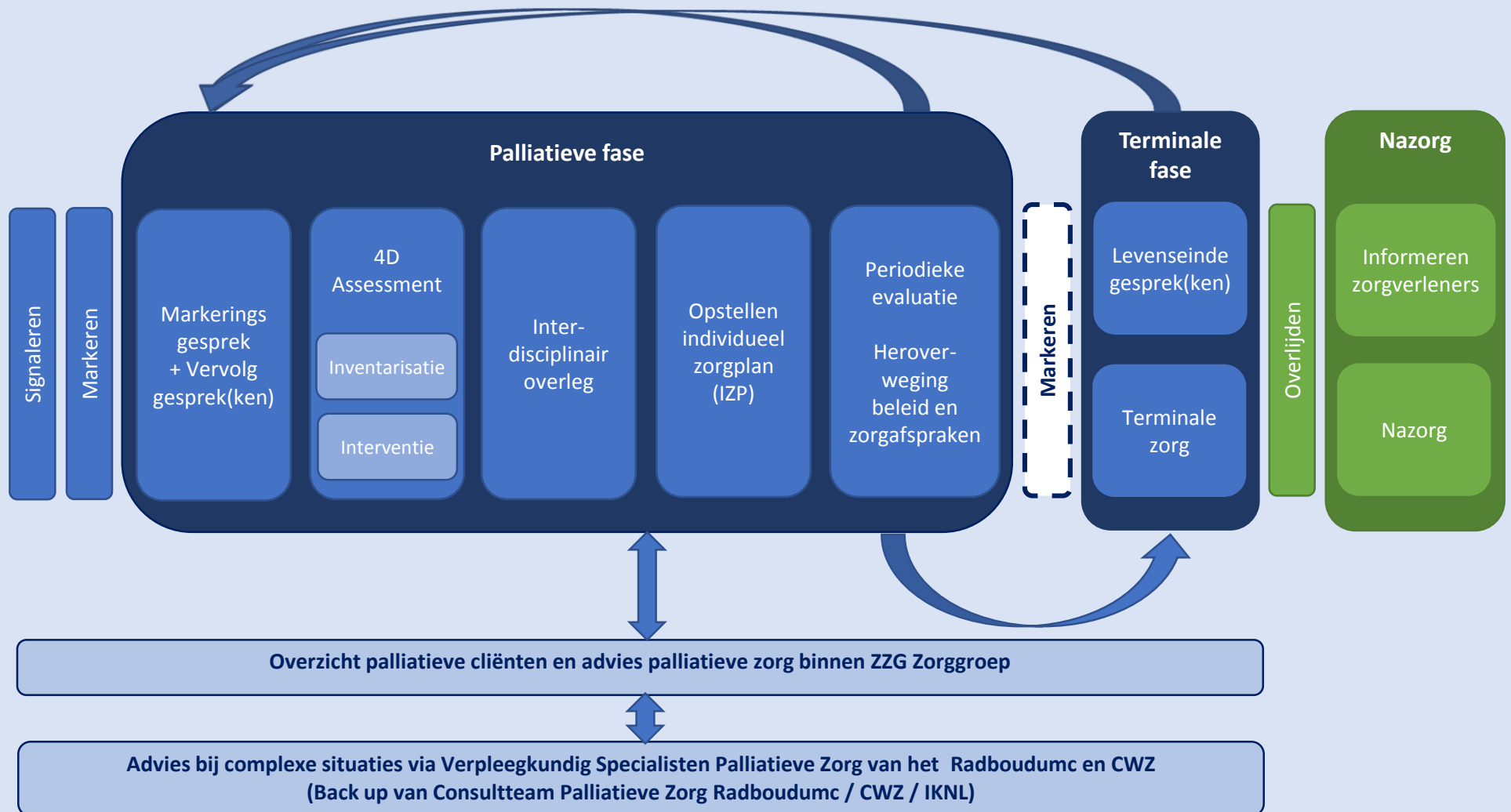
Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)

Zorgmodule palliatieve zorg (CBO, 2013)

Handreiking Case Managers palliatieve zorg in de eerste lijn (Plas, Francke, Deliëns, Vissers, & Jansen, 2015)

Handreiking 'Tijdig spreken over het levenseinde' (KNMG, 2017)

# Flowdiagram Palliatieve Zorgplanning Thuis



*N.B. Een model is altijd een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Het flowdiagram suggereert een lineair, volgordelijk proces. Dat is echter niet het geval. Er zijn veel dwarsverbanden en bepaalde onderdelen van de palliatieve fase kunnen gelijktijdig plaatsvinden.*

# Signaleren Palliatieve fase



## Wie

1. Huisarts (HA) of praktijkondersteuner huisarts (POH) of praktijk assistent (PA)
2. Expert Verpleegkundige (EV) of wijkverpleegkundige (WV)

## Wanneer

Iedere maand

## Waar

1. Binnen de eigen cliënt populatie van kwetsbare patiënten en jong oncologische patiënten + via melding transferpunt ziekenhuis
2. Binnen de cliënt populatie van de eigen teams thuiszorg + via Verpleegkundig Specialist palliatieve zorg van Radboudumc en CWZ

## Hoe

1. De HA of POH signaleert mogelijk palliatieve cliënten door elke maand, met behulp van de [surprise question](#), cliëntenbestanden van kwetsbare patiënten en jong oncologische patiënten te screenen op palliatieve cliënten. Om de kwetsbaarheid van ouderen te beoordelen kan de POH [de Easycare TOS](#) (= Easycare Tweetraps Ouderen Screening) laten uitvoeren.
2. De EV signaleert mogelijk palliatieve cliënten door elke maand, met behulp van de [surprise question](#), cliëntenbestanden van de eigen teams thuiszorg te screenen op palliatieve cliënten. De EV informeert daarbij actief bij de WV van de eigen teams thuiszorg of er mogelijke palliatieve cliënten zijn en gaat om te signaleren op huisbezoek bij deze cliënt.

# Markeren Palliatieve fase



## Wie

1. Huisarts (HA)
2. Expert Verpleegkundige (EV)

## Wanneer en Waar

Uiterlijk 2 weken na signalering in de huisartsenpraktijk

- Eventueel tijdens wekelijks structureel overleg van HA met EV
- Eventueel telefonisch

## Hoe

1. De HA informeert de EV en de WV dat bij de cliënt de palliatieve fase is vastgesteld. Met deze cliënten dient een markeringsgesprek te worden gepland. Ook dient besproken te worden of er per direct of later gestart wordt met het palliatieve traject (go / no-go).
2. De EV en de HA bespreken cliënten die voldoen aan de [surprise question](#). De EV en de wijkverpleegkundige (WV) bereiden dit gesprek voor m.b.v. de [SPICT](#). De SPICT is een ondersteunend instrument bij het markeren. Alleen met cliënten bij wie de palliatieve fase wordt vastgesteld, dient een markeringsgesprek te worden gepland. Ook dient besproken te worden of er per direct of later gestart wordt met het palliatieve traject (go / no-go).

Indien van toepassing: de medisch specialist bij wie de cliënt onder behandeling is, dient meegenomen te worden in de beslissing van de palliatieve markering van de cliënt.

# Markeringsgesprek + vervolgggesprek(ken)



## Wie

- Cliënt en Naaste
- Huisarts (HA) (= aanspreekpunt voor cliënt)
- Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))

## Wanneer

Uiterlijk 2 weken na de markering

## Waar

Bij de cliënt thuis

## Hoe

Om de cliënt voor te bereiden op het gesprek kan de folder [praat op tijd over het levenseinde](#) (KNMG) worden aangeboden.

Tijdens het markeringsgesprek en de vervolgggesprekken worden de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de huidige en toekomstige zorg besproken. De [Advance Care Planning \(ACP\)](#) keuzes die de cliënt maakt, dienen te worden vastgelegd in:

- Individuele zorgplan (IZP)
- Huisartsen informatie systeem (HIS): onder ICPC code A20 = gesprekken levenseinde en behandelwensen.
- [Memo complexe zorg](#) voor de huisartsen post (HAP). (Laat de cliënt ook [het formulier LSP](#) invullen of toestemming hiervoor geven)

Indien nodig worden zo spoedig mogelijk vervolgggesprek(ken) gepland. Tijdens de vervolgggesprek(ken) worden de onderwerpen besproken die de vorige keer niet aan bod zijn gekomen.

# 4 Dimensioneel Assessment



## Wie

- Cliënt en Naaste
- Huisarts (HA)
- Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))

## Wanneer

Uiterlijk 2 weken na de markering

## Waar

Bij de cliënt thuis

## Hoe

Tijdens het markeringsgesprek en de eventuele vervolgesprekken vindt een 4 Dimensionele assessment plaats van somatische, psychische, sociale/financiële en zingevingsproblemen van de cliënt. Een hulpmiddel voor deze 4 Dimensionele assessment is het [probleemkwadrant palliatieve zorg](#). Men krijgt hierdoor binnen de 4 domeinen (somatische, psychische, sociale/financiële en zingeving) een goed beeld van de huidige en verwachte problemen en de doelen en wensen van de cliënt. Dit 4 Dimensionele assessment helpt bij het bepalen van het te volgen beleid.



# Interdisciplinair overleg



## Wie

- Huisarts (HA)
- Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))
- Verpleegkundig Specialist (VS) (bij cliënten met een complex ziektebeeld / complexe thuissituatie)
- (Eventueel samen met de cliënt)

## Wanneer

Uiterlijk 2 weken na de markering. De frequentie is afhankelijk van de situatie van de patiënt.

## Waar

- Bij de cliënt thuis (tijdens gezamenlijk huisbezoek)
- Huisartsenpraktijk
  - Eventueel tijdens wekelijks structureel overleg van HA met EV
  - Eventueel tijdens PaTz groep
  - Eventueel tijdens het MDO
  - Eventueel telefonisch

## Hoe

Op basis van huidige en verwachte problemen, wensen en mogelijkheden van de cliënt wordt een beleid uitgestippeld (prioriteiten opgesteld). Een hulpmiddel voor het uitvoeren van het interdisciplinaire overleg is het [palliatief redeneren](#). Het is belangrijk afspraken te maken over taken om dubbele werkzaamheden te voorkomen.

# Opstellen individueel zorgplan (IZP)



## Wie

1. Huisarts (HA)
2. Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))

## Wanneer

Uiterlijk 2 weken na de markering

## Waar

1. Huisartsenpraktijk
2. Kantoor thuiszorg

## Hoe

1. De afspraken betreffende [Advance Care Planning \(ACP\)](#) keuzes die de cliënt heeft gemaakt tijdens het markeringsgesprek (+ eventuele vervolggelassen) en de afspraken die zijn gemaakt betreffende het te voeren behandel beleid tijdens het interdisciplinair overleg worden door de huisarts vastgelegd in het huisartsen informatie systeem (HIS).
2. De afspraken betreffende ACP keuzes en het te voeren behandel beleid worden tevens door de wijkverpleegkundige (WV) vastgelegd in het individueel zorgplan (IZP). De WV bespreekt het aangepaste IZP met cliënt en naaste(n). Een papieren IZP ligt bij de cliënt thuis. Voor inzage in het IZP door de huisarts dient de cliënt toestemming te geven .

# Periodieke evaluatie + heroverweging beleid en zorgafspraken



## Wie

1. Periodieke evaluatie
  - Expert verpleegkundige (EV)
  - Wijkverpleegkundige (WV)
2. Heroverweging (medisch) beleid
  - Huisarts (HA)
  - Expert verpleegkundige (EV)

## Wanneer en waar

1. Periodieke evaluatie: volgens afspraak (bij de cliënt thuis)
2. Heroverweging beleid: indien geïndiceerd (bij cliënt thuis of huisartsenpraktijk (evt. telefonisch))

## Hoe

Bij verandering van huidige en verwachte problemen, wensen en mogelijkheden van de cliënt wordt het beleid heroverwogen en evt. aangepast. Aanpassingen worden geregistreerd in:

- Individueel zorgplan (IZP) (door WV)
- Huisarts Informatie Systeem (HIS) (door HA)
- Memo complexe zorg voor de huisartsen post (HAP)

# Markeren Terminale fase



## **Terminale fase**

= De laatste levensfase, tot 3 maanden voor het overlijden van de cliënt.

## **Wie**

- Huisarts (HA)
- Expert Verpleegkundige (EV) ( of evt. verpleegkundig specialist (VS))

## **Wanneer**

Indien van toepassing (dit is onderdeel van de periodieke evaluatie van de palliatieve zorg cyclus)

## **Waar**

Huisartsenpraktijk

- Eventueel tijdens het wekelijks structureel overleg van HA met EV

## **Hoe**

De HA en EV (of VS) bespreken of een cliënt in de terminale fase zit. Voor het opstellen van een terminaal verklaring heeft de EV een handtekening nodig van de HA. Met een terminaal verklaring kan men een terminaal zorgplan opstellen en onder andere nachtzorg aanvragen. Indien de terminaal verklaring elders afgegeven is, neemt de EV (of VS) contact op met de HA.

# Levensende gesprek(ken)



## Wie

- Cliënt en Naaste
- Huisarts (HA)
- Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))

## Wanneer

Binnen 1 week na het markeren van de terminale fase

## Waar

Bij de cliënt thuis

## Hoe

Tijdens het levensende gesprek wordt het komend overlijden, de wensen en mogelijkheden van de cliënt besproken. Tevens dient de huidige en toekomstige zorg besproken te worden. Bepaalde onderwerpen zoals o.a. heroverweging medicatiebeleid en gewenste plaats van overlijden komen tijdens dit gesprek aan bod. De gemaakte afspraken worden geregistreerd in:

- Individueel zorgplan (IZP) (door WV)
- Huisarts Informatie Systeem (HIS) (door HA)
- Memo “complexe zorg” voor de huisartsenpost (HAP) (door HA)

# Terminale zorg



## Wie

- Cliënt en Naaste
- Huisarts (HA)
- Wijkverpleegkundige (WV) (+ evt. expert verpleegkundige (EV))

## Wanneer

Na markering van de terminale fase

## Waar

Bij cliënt thuis

## Hoe

In de terminale fase wordt het [Zorgpad Stervensfase](#) gebruikt als individueel zorgplan (IZP). Deze ligt ook in papieren versie bij de cliënt aan het bed. Een aantal zaken dient in deze fase geregeld te worden:

- 24-uurs beschikbaarheid regelen
- Hulpmiddelen/ materialen in huis halen
- Afstemming zorg met de mantelzorgers
- Mogelijke inzet van vrijwilligers

# Nazorg



## Wie

- Naaste
- Huisarts (HA)
- Wijkverpleegkundige (WV)

## Wanneer

Na het overlijden van de cliënt

## Hoe en waar

- De zorgverlener die als eerste op de hoogte is van het overlijden van de cliënt, informeert de overige betrokken zorgverleners.  
(evt. telefonisch)
  - De eerst verantwoordelijke WV heeft aandacht voor:
    - Evaluatie van de geboden zorg.
    - Afsluitend gesprek met de naaste.
      - Benoem de beschikbaarheid van de zorgverlener indien de naaste in de toekomst behoefte heeft aan een gesprek.
      - Signaleer niet normale rouwverwerking bij de naaste
- (bij de cliënt thuis)

# Overzicht en Advies PZ binnen ZZG Zorggroep



## Wie

- Coördinator palliatieve zorg (overzicht)
- Eerste Expert Verpleegkundige (EV) (advies)

## Rol van de Coördinator palliatieve zorg

- De Coördinator houdt overzicht over het aantal palliatieve cliënten.
- De Coördinator is verantwoordelijk voor registratie van palliatief geïdentificeerde cliënten in het register d.m.v.
  - Navraag bij de huisarts
  - Melding op PATZ bijeenkomsten
- De Coördinator controleert of de afspraken m.b.t. cliënten in de palliatieve en terminale fase worden nageleefd.

## Rol van Eerste EV

- De Eerste EV heeft regelmatig overleg met de VS palliatieve zorg van het Radboudumc en CWZ en informeert hen over de populatie palliatieve cliënten binnen de ZZG zorggroep. Tijdens deze overleggen geeft de Eerste EV aan welke palliatieve cliënten een hoge complexiteit hebben. Deze cliënten ontvangen een consult van de VS palliatieve zorg van het Radboudumc of het CWZ.
- De adviezen van de VS palliatieve zorg van het Radboudumc of het CWZ die hieruit voortkomen worden door de Eerste EV teruggekoppeld naar de wijkverpleging en de huisarts.
- De Eerste EV coacht de overige expert verpleegkundigen in het verlenen van palliatieve zorg op regionaal niveau.
- De eerste EV kan bij casussen met een hoge complexiteit ingezet worden als eerst verantwoordelijk zorgverlener.



# Rol VS Palliatieve Zorg Radboudumc en CWZ



## Wie

Verpleegkundig specialist (VS) palliatieve zorg Radboudumc en CWZ

= Op master-niveau opgeleide verpleegkundige die op het gebied van palliatieve zorg ook medische taken kan uitvoeren.

## Rol van de VS palliatieve zorg Radboudumc en CWZ

- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc en de VS palliatieve zorg van het CWZ nemen deel aan respectievelijk het Consultatieteam Palliatieve Zorg van het Radboudumc en het CWZ.
- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc en CWZ hebben regelmatig overleg met de Coördinator palliatieve zorg en de Eerste Expert Verpleegkundige (Eerste EV) van ZZG zorggroep en sluiten tevens aan bij het periodiek overleg van EV-en van ZZG zorggroep. Zij worden tijdens deze overleggen geïnformeerd over de populatie palliatieve cliënten binnen de ZZG zorggroep.
- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc en CWZ controleren steekproefsgewijs de kwaliteit van markerings- en/of vervolgesprekken die door EV-en worden gevoerd.
- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc en het CWZ kunnen bij casussen van de ZZG zorggroep met een hoge complexiteit die respectievelijk bekend zijn binnen het Radboudumc en het CWZ worden benaderd voor een (huis) consult. Deze casussen kunnen tevens besproken worden in respectievelijk het Consultatieteam Palliatieve Zorg van het Radboudumc en het CWZ.
- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc kan bij casussen van de ZZG Zorggroep met een hoge complexiteit die niet bekend zijn bij zowel het Radboudumc als het CWZ benaderd worden voor een (huis) consult. Deze casussen kunnen besproken worden in het Consultatieteam Palliatieve Zorg van het IKNL.
- De VS palliatieve zorg van het Radboudumc en het CWZ koppelen de adviezen die hieruit voortkomen terug via de Eerste EV naar de wijkverpleging en de huisarts.
- De VS palliatieve zorg kunnen palliatieve cliënten vanuit het Radboudumc en het CWZ doorverwijzen naar ZZG zorggroep.

# Rollen overige zorgverleners

## **Expert Verpleegkundige (EV)**

= Wijkverpleegkundige die een post-HBO opleiding palliatieve zorg heeft gevolgd.

- Signaleert mogelijk palliatieve cliënten door maandelijks in eigen teams (samen met de WV) het cliëntenbestand te screenen.
- Heeft elke maand contact met de huisarts om mogelijk palliatieve cliënten te bespreken.
- Plant in overleg met huisarts en cliënt het markeringsgesprek.
- Coacht de wijkverpleegkundigen in het coördineren en verlenen van palliatieve zorg.

## **Wijkverpleegkundige (WV)**

- Is binnen de thuiszorg, in principe, de eerst verantwoordelijke bij palliatieve cliënten.
- Voert (evt. samen met EV) de markerings- en vervolgggesprekken bij de palliatieve cliënt.
- Stelt, samen met EV, het individueel zorgplan op en coördineert de zorg voor de cliënt.
- Verzorgt de verpleegkundige aspecten van palliatieve en terminale zorg, samen met haar wijkteam.

## **Huisarts**

- Signaleert mogelijk palliatieve cliënten door maandelijks de eigen cliëntenbestanden te screenen .
- Heeft elke maand overleg met de EV over nieuw gesignaleerde palliatieve cliënten.
- Voert (samen met WV en evt. de EV) het markeringsgesprek bij de cliënt en naaste(n).
- Maakt met cliënt en naasten afspraken over het (medisch) beleid en stemt deze af met betrokken verpleegkundigen.
- Registreert gemaakte afspraken in het HIS.

# Surprise Question



# Advanced care planning (ACP)



Advanced care planning (ACP) stelt mensen in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, deze doelen en voorkeuren te bespreken met familie en zorgverleners, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien. (Rietjens et al., Lancet Oncol 2015).

## Vijf essentiële stappen voor ACP

1. Zorg dat de cliënt voldoende kennis heeft van zijn ziekte (Health literacy)
2. Stimuleer de cliënt erover te praten met naasten
3. Laat de cliënt een vertegenwoordiger kiezen (partner, kind, mentor of anders)
4. Leg de wensen van de cliënt vast in een wilsverklaring (ook in IZP en HIS)
5. Herhaal het ACP gesprek periodiek of bij verandering

## Te bespreken behandelwensen en –beperkingen tijdens het ACP gesprek:

- Wettelijk vertegenwoordiger
- Reanimatie. Bij niet reanimeren vastleggen in een NR-Wilsverklaring
- Ziekenhuisopname in de toekomst
- Medisch onderzoek bij het vermoeden van ernstige ziekte
- Behandeling met antibiotica of andere levensverlengende medicatie
- NIV behandeling of invasieve beademing
- Einde levens zorg (bijv. palliatieve sedatie wens of euthanasie)
- Gewenste plaats van overlijden

# Memo complexe zorg



## Advies ten aanzien van het opstellen van de Memo complexe zorg

- Geef onder probleemomschrijving aan dat het gaat om een kwetsbare palliatieve patiënt
- Vul standaard de bereikbaarheid/beschikbaarheid in:
  - Geef tenminste aan dat men bij twijfel contact kan opnemen met de eigen huisarts.
- Geef onder behandelwensen standaard tenminste de volgende ACP afspraken op:
  - Wel / niet reanimatie
  - Wel / niet ziekenhuisopname
- Geef onder behandelwensen ook aan dat de ACP afspraken besproken zijn met de cliënt.
- Indien van toepassing: geef aan dat de cliënt bekend is bij het Consultteam Palliatieve Zorg

# Probleemkwadrant Palliatieve Zorg



Lichamelijk	Psychisch
<p>Huidige problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Symptomen (USD)</a></li> <li>• <a href="#">Functioneren (KATZ)</a></li> <li>• Conditie</li> <li>• ADL en iADL</li> </ul> <p><u>Verwachte problemen:</u></p> <p><u>Doelen / wensen patiënt:</u></p> <p><u>Beleid</u></p>	<p>Huidige problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Symptomen (HADS)</a></li> <li>• Emoties</li> </ul> <p><u>Verwachte problemen:</u></p> <p><u>Doelen / wensen patiënt:</u></p> <p><u>Beleid</u></p>
Sociaal en Financieel	Existentieel
<p>Huidige problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Woonsituatie en huidige zorg</li> <li>• <a href="#">Belasting mantelzorger (EDIZ)</a></li> <li>• Informatie behoefte</li> <li>• Financiële zaken</li> </ul> <p><u>Verwachte problemen:</u></p> <p><u>Doelen / wensen patiënt</u></p> <p><u>Beleid</u></p>	<p>Huidige problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlies aan zelfstandigheid,</li> <li>• <a href="#">Zingeving</a></li> </ul> <p><u>Verwachte problemen:</u></p> <p><u>Doelen / wensen patiënt</u></p> <p><u>Beleid</u></p>

# Zingeving



Zingeving gaat naast wat de cliënt bezighoudt, raakt en inspireert ook over de bezigheden / activiteiten waar de cliënt energie van krijgt, die de cliënt het allerliefste doet en / of waar de cliënt steun van ondervindt.

## **Mogelijke vragen die zorgverleners aan de cliënt kunnen stellen**

- Als u aan de toekomst denkt, wat houdt u bezig / wat raakt u / wat inspireert u?
- Waar hoopt u op als u aan uw toekomst denkt? Waar bent u bang voor als u aan uw toekomst denkt?
- Is er iets waar u zich zorgen om maakt, kunnen we het daarover hebben?
- Van welke bezigheid / activiteit krijgt u energie? Welke bezigheid / activiteit doet u het allerliefste?
- Wat moeten we van u weten, om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?
- Waar had u steun aan in eerdere moeilijke situaties? (familie, levensbeschouwing, muziek)? Zou dat u ook kunnen helpen als u in de toekomst moeilijke momenten heeft?

## **Meer over zingeving en spirituele zorg**

[Richtlijn spirituele zorg](#)

[Spiritualiteit en zingeving in de palliatieve fase](#)

# Palliatief redeneren



## Bespreking patiënt volgens palliatief redeneren

### 1. Breng de situatie in kaart

Inventariseer op 4 dimensies (zie probleemkwadranten)

- Huidige problemen
- Verwachte problemen
- Doelen / wensen patiënt

### 2. Vat problematiek samen en maak proactief beleid

- Benoem problemen en stel werkhypothesen op
- Maak beleidsafwegingen
- Formuleer doel proactief beleid
- Stel plan van aanpak op

### 3. Maak afspraken over evaluatie en beleid

- Spreek af hoe, door wie en wanneer het effect gemeten en besproken wordt
- Meet effect aan de hand van klachten en problemen, de beleving ervan, functioneren en welbevinden

### 4. Stel beleid zo nodig bij en blijf evalueren

- Effect goed: blijf periodiek evalueren > ga terug naar fase 3
- Effect afwezig of beperkt:
  - stel beleid bij > ga terug naar fase 2
  - breng situatie opnieuw in kaart en stel werkhypothese bij > ga terug naar fase 1
  - accepteer

## Stem het beleid af met de patiënt en de naasten



## Referenties

1. Koekoek B. (2014) **Regie over de plaats van sterfte- een kwalitatieve en kwantitatieve verkenning.** In opdracht van VPTZ Nederland.
2. De Korte-Verhoef MC, Pasman HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. **General practitioners' perspectives on the avoidability of hospitalizations at the end of life: A mixed-method study.** *Palliat Med.* 2014 Jul;28(7):949-958.
3. Gott M, Frey R, Robinson J, Boyd M, O'Callaghan A, Richards N, Snow B. **The nature of, and reasons for, 'inappropriate' hospitalisations among patients with palliative ca needs: a qualitative exploration of the views of generalist palliative care providers.** *Palliat Med.* 2013 Sep;27(8):747-56.
4. Rietjens JA, Sudore RL, Connolly M, et al. **Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care.** *Lancet Oncol* 2017, 18(9):e543-51.